

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

РЕФЕРАТ
кваліфікаційної роботи
на здобуття освітнього ступеня магістра
зі спеціальності 053«Психологія»
за освітньою програмою «Психологія»
на тему: **« ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛІКАРІВ**
ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ»

Виконавець:

здобувач 2 курсу бзф12м групи
факультету ЦЗВФН

Матящук Наталія Михайлівна _____
(прізвище, ім'я, по батькові) /підпис/

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, ст. викладач
(науковий ступінь, вчене звання)

Возний Денис Віталійович _____
(прізвище, ім'я, по батькові) /підпис/

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Емоційна сфера особистості – це великий пласт явищ, що традиційно розглядається психологічною наукою і практикою як актуальна проблема. Ідея професійного спрямування дослідження емоційної сфери зародилися в області професіограм, і досі тривають різні напрямки збагатити уявлення про це явище. Однак, виділяючи загальне, можна сказати, що особистість розуміється як результат соціалізації та реалізації тих суспільних відносин, до складу яких вона входить та розвивається в суспільстві.

Дослідження емоційних проявів особистості є важливим, оскільки емоції та почуття відображають ставлення людини до себе, до навколишнього світу і людей. Психоемоційний стан лікарів першої ланки є критично важливим аспектом їхньої професійної діяльності, особливо в умовах екстремальних ситуацій, таких як пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення в Україну у 2022 році (Данилова В. В., Колісник А. М., Стародуб А. С., Іванова Т. М. Кравченко О. С., Лазуренко О. О., Петренко І. В. Христук О.). Лікарі першої ланки, які задовольняють первинні потреби пацієнтів, щодня стикаються з високим рівнем стресу, емоційного виснаження та вигорання. Ці фактори не лише впливають на їхнє психічне здоров'я, але й на ефективність та якість надання медичної допомоги.

Психоемоційний стан лікарів першої ланки в період воєнного часу є надзвичайно важливою темою для дослідження з кількох причин:

- лікарі першої ланки під час воєнних дій стикаються з надзвичайно високим рівнем стресу через постійні загрози життю, необхідність працювати в умовах дефіциту ресурсів та постійного ризику для власного здоров'я;
- в умовах воєнного часу лікарі потребують додаткової психологічної підтримки для збереження своєї психоемоційної стабільності та здатності ефективно виконувати свої професійні обов'язки;
- психоемоційний стан лікарів безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги. Високий рівень стресу та емоційного виснаження може призвести до помилок, зниження ефективності лікування та погіршення взаємодії з пацієнтами;
- дослідження психоемоційних станів лікарів у воєнний час дозволяє виявити ефективні адаптаційні механізми та стратегії саморегуляції, які можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та тренінгів з управління стресом;
- лікарі першої ланки є ключовими фігурами у системі охорони здоров'я під час воєнних дій. Забезпечення їхнього психоемоційного благополуччя є важливим не лише для них самих, але й для суспільства в цілому, оскільки вони забезпечують надання медичної допомоги в найскладніших умовах;
- вивчення психоемоційних станів лікарів у воєнний час є важливим для розвитку науки про стрес, кризову та екстремальну психологію. Це дозволяє

розширити знання про вплив екстремальних умов на психіку людини та розробити нові підходи до психологічної підтримки

Мета роботи: дослідити особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Відповідно до мети нашого дослідження виділені наступні **завдання:**

1. розглянути теоретико-методологічні підходи до дослідження емоцій та емоційної сфери особистості;
2. провести системний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в психологічних дослідженнях;
3. обґрунтувати вибір методик дослідження психоемоційних станів лікарів першої ланки;
4. провести первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки;
5. виявити кореляційні зв'язки між психоемоційними станами та вигоранням лікарів першої ланки в період воєнного часу;
6. розробити корекційну програму спрямовану на підтримку психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.

Об'єкт дослідження: психоемоційні стани особистості.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Основні методи дослідження. Для досягнення мети дослідження будуть використані різноманітні методи, які дозволять систематизувати та проаналізувати джерела інформації і результати емпіричного дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз науково-психологічної літератури з означеної проблеми); емпіричні методи (Самооцінка емоційних станів (Personal Feelings Scales, PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко). Обробка та інтерпретація емпіричних даних проводилась методом кількісного (первинний, кореляційний) аналізу даних за програмою статистичної обробки даних SPSS, версія 21.0 та EXEL.

Методологічна основа роботи полягає у поєднанні вищевказаних методів. Такий підхід дозволить збагатити дослідження різноманітними даними та дозволяє отримати більш повне уявлення про вивчену проблему.

Вибірку дослідження магістерської роботи становили респонденти дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років).

Наукова новизна роботи полягає у дослідженні особливостей емоційної сфери лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Практична значущість. Результати дослідження можуть бути корисні для розробки програм та стратегій психологічного супроводу для подолання тривожності та інших негативних емоційних наслідків у лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Апробація результатів:

Асєєва Ю.О., Матящук Н. М. Психоемоційні стани лікарів першої ланки в період воєнного часу. *Габітус*. 2024. Вип 66

Структура роботи складається з: вступу, який відображає актуальність дослідження, предмет та об'єкт дослідження, мету та задачі, а також описує методи та методики дослідження; трьох розділів та висновків до них; загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Така структура роботи: підкреслює важливість теми дослідження, визначає його актуальність і практичну значущість, а також обґрунтовує методологічний підхід та наукову новизну дослідження; розкриває всі теоретичні надбання з теми дослідження; дозволяє провести та проаналізувати емпіричне дослідження та описати результати. В роботі наведено: 5 таблиць, 14 рисунків, 70 використаних джерел. Загальний обсяг роботи 119 сторінки, основна частина роботи – 90 сторінки.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми магістерської роботи, визначено мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження. Розкрито наукову новизну роботи та методологічну базу, що застосовувалася для вивчення особливостей психоемоційних станів лікарів першої ланки в умовах воєнного часу.

У першому розділі «Теоретико-методологічні підходи до дослідження емоцій та емоційної сфери особистості» розкрито поняття емоцій та їх роль у психології особистості. Здійснено огляд основних теорій емоцій, включаючи їхній історичний розвиток та сучасні класифікації. Розглянуто ключові підходи до дослідження емоційної сфери, які стали основою для розуміння психоемоційних станів особистості.

У другому розділі «Системний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в психологічних дослідженнях» проведено огляд наукових праць, присвячених вивченню психоемоційних станів медичних працівників у стресових умовах. Розкрито особливості станів лікарів першої ланки в екстремальних ситуаціях, таких як війна, та обґрунтовано вибір психодіагностичних методик для проведення дослідження.

У третьому розділі «Емпіричне дослідження психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу» представлено результати емпіричного дослідження. Проведено первинний та кореляційний аналіз психоемоційних станів лікарів, що дозволило виявити закономірності та взаємозв'язки між стресовими факторами та їхнім впливом на психологічне здоров'я. Описано корекційну програму, спрямовану на підтримку психоемоційного здоров'я медиків у складних умовах.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізувавши теоретико-методологічні підходи до дослідження емоцій та емоційної сфери особистості можна відзначити, що

даною проблематикою займались: Пол Екман, Керрол Ізард, Роберт Плутчик, Джеймс Рассел, Джон Майер, Пітер Селовей О.Я. Чебикін, Воррен Д. Тен Хоутен, Вільям Джеймс, Карл Ланге, Зигмунд Фрейд, Карл Юнг, Джон Дьюї, Роберт Лазарус тощо.

Можливо відзначити, що емоції – це психічні стани та переживання, які виражають суб'єктивне ставлення людини до різноманітних подій, явищ, об'єктів та діяльності. Емоції проявляються в різних формах, зокрема як радість, страх, гнів, здивування, смуток тощо. Вони є однією з головних складових процесу адаптації людини до умов навколишнього середовища та слугують засобом регуляції її поведінки.

Емоційна сфера особистості – це сукупність усіх емоційних проявів, властивих людині. Вона включає емоції, почуття, афекти, настрої, переживання, а також стабільніші особистісні утворення, такі як емоційна стійкість та емоційна інтелектуальність. Емоційна сфера є важливим компонентом психологічної структури особистості, яка включає в себе: емоційні стани; емоційні властивості; емоційні процеси. Емоційна сфера визначає емоційний відгук на зовнішні та внутрішні впливи, формується у процесі соціалізації та розвитку особистості. Від стану емоційної сфери залежить здатність особистості до емоційної регуляції, адаптації до нових умов, а також здатність до емпатії, співпереживання та стійкості в умовах стресу. Емоційна сфера особистості є важливою для: соціальної взаємодії, психічного здоров'я та прийняття рішень.

Серед основних теорій виділяються фізіологічні, когнітивні, соціально-когнітивні та біологічні. Історичний розвиток теорії емоцій охоплює кілька ключових етапів, кожен з яких зробив свій внесок у розуміння емоцій як психологічного феномену: античність, новий час, еволюційна теорія Ч. Дарвіна, XX століття та сучасний етап. Ці етапи відображають поступове ускладнення підходів до розуміння емоцій, від їх первинного філософського осмислення до багатогранного наукового аналізу в сучасності.

Порівняльний огляд класифікацій емоцій у сучасних психологічних дослідженнях представлений у кількох ключових підходах:

Класифікація за базовими емоціями. Пол Екман запропонував виділення шести базових емоцій (радість, сум, страх, гнів, здивування, відраза), які є універсальними, мають однакові прояви у всіх культурах. Керрол Ізард доповнив цю класифікацію, включивши десять емоцій, додавши інтерес, сором, провину та розвиток. Роберт Плутчик розробив «колесо емоцій», що охоплює вісім основних емоцій, таких як радість і страх, та розглядає їх комбінацію для утворення складніших станів.

Двовимірна модель емоцій. У цій моделі емоції класифікуються за двома параметрами – валентністю (позитивні або негативні) та рівнем підвищення. Джеймс Рассел підкреслює, що така модель додатково розкриває зв'язки між емоціями та їх вплив на поведінку, наприклад, радість сприяє позитивній валентності та високому розвитку.

Класифікація за емоційним розвитком. Теорія емоційного інтелекту Джона Майера і Пітера Селовея акцентує увагу на таких аспектах, як

самосвідомість, саморегуляція, внутрішня мотивація, емпатія та соціальні навички. Модель емоційної зрілості О. Я. Чебікіна натомість фокусується на внутрішніх аспектах, підкреслюючи зрілість в управлінських емоціях.

Класифікація за функціями емоцій. Воррен Тен Хоутен пропонує класифікацію емоцій відповідно до їх функцій (наприклад, адаптивні та соціальні емоції), виявляючи шість ключових ролей емоцій, як-от агресивність та прийняття, що змінюють важливу роль у соціальних взаємодіях.

Класифікація за інтенсивністю емоцій. Вільям Джеймс і Карл Ланге досліджували фізіологічні основи емоцій, де емоції виділені за інтенсивність проявів. Це підкреслює важливість фізичних реакцій, які супроводжують емоційні переживання.

Класифікація за довготривалістю станів – З. Фрейд і К. Юнг аналізували тривалість душевних станів, розділяючи їх на швидкоплинні або тривалі емоції, короточасні реакції або стійкі душевні настрої.

Класифікація за когнітивно-мотиваційною функцією – Джон Дьюї та Роберт Лазарус досліджували, як емоції координують адаптивні реакції. Р. Лазарус підкреслював роль когнітивної оцінки, де емоції формуються на основі оцінки ситуації та її значення для особистих цілей, допомагаючи адаптуватися та справлятися зі стресом.

Отже, емоції займають фундаментальну роль у житті людини, суттєво впливаючи на її поведінку, мислення, фізичний стан та взаємодію з оточенням. Вони мають низку важливих функцій: допомагають швидко адаптуватися до змін і реагувати на зовнішні стимули (адаптивна функція), забезпечують ефективну комунікацію, зокрема в соціальних взаємодіях (комунікативна функція), стимулюють досягнення цілей (мотиваційна функція), стимулюють регуляцію поведінки та емоційного стану (регуляторна функція) і впливають на процеси сприйняття, оцінки та прийняття рішення (когнітивна функція).

Вивчення емоцій залишається актуальним, оскільки емоції впливають на всі аспекти життя, зокрема соціальні зв'язки, професійне функціонування та особистісний розвиток.

2. Системний огляд наукових досліджень (Христук О. В., Іванова Т. М., Петренко І. В., Лазуренко О. О., Горн Р., Данилова В. В., Колісник А. М., Стародуб А. С., Старченкової В., Кравченко О. С., Керасіду А. та інших) спрямованих на визначення психоемоційних станів лікарів першої ланки виявляє низку чинників, які суттєво впливають на їх психічне здоров'я та ефективність роботи. Основними стресогенними факторами є підвищене робоче навантаження, відсутність належної підтримки від керівництва і колег, емоційне навантаження, зв'язок зі спілкуванням із пацієнтами та їхніми родичами, а також зростання страхом інфікування та передати інфекції близьким, що особливо посилилося під час пандемії COVID-19.

Дослідження підкреслюють, що лікарі першої ланки активно застосовують стратегії саморегуляції, зокрема когнітивні й поведінкові техніки, для зниження рівня тривожності та адаптації до кризових ситуацій. Високий рівень саморегуляції та розвитку емоційної компетентності, включаючи обізнаність про свої та чужі емоції, емпатію, самоконтроль і

внутрішню мотивацію, сприяють кращій взаємодії з пацієнтами, покращують психоемоційний стан та знижують ризик емоційного вигорання. Водночас, висока емпатія, за відсутності достатньої саморегуляції, може підвищити ризик емоційного виснаження.

Аналіз сучасних досліджень: Садкового В. П., Тімченко О. В., Волкової О. Г., Жванія Т. В., Каштанов А., Молоток К., Вейленманн С., Шнідер У., що висвітлюють особливості психоемоційних станів лікарів першої ланки, підтверджують значний рівень стресу та емоційного вигорання, з якими стикаються медичні працівники в екстремальних умовах. Основними факторами, які посилюють стрес, є високий рівень робочого навантаження, недостатня підтримка зі сторони керівництва та колег, а також емоційне навантаження від спілкування з пацієнтами та їхніми родичами. Пандемія COVID-19 ще більше загострила ці проблеми, що вимагають додаткових ресурсів для збереження психічного здоров'я лікарів.

Результати досліджень показують, що лікарі активно використовують різні стратегії саморегуляції для зниження тривожності та підвищення ефективності в стресових ситуаціях. Такі техніки, як когнітивні та поведінкові методи саморегуляції, допомагають зменшити ризики емоційного вигорання. Високий рівень емоційної компетентності, що включає емпатію, регуляцію емоцій і соціальні навички, є також важливим для підтримки психологічного благополуччя медичних працівників. Проте висока емпатія, за слабого належного рівня саморегуляції, може привести до вигорання.

Дослідження наголошують на необхідності впровадження інституційних програм: програми психологічної підтримки, розвитку стресостійкості, зокрема тренінгів з управління емоціями, стресом, емпатією, розвиток емоційної компетентності, стрес-менеджмент та підтримки саморегуляції, а також надавати лікарям інституційну підтримку з боку керівництва.

3. На основі проведеного теоретико-методологічного аналізу наукової літератури обґрунтовано вибір методик емпіричного дослідження. Підкреслено, що особливо актуально мати інструменти для оцінки та моніторингу емоційного стану для лікарів першої ланки в Україні, які працюють в умовах воєнного стану, коли стресові ситуації та психотравмуючі впливи є невід'ємною частиною життя. У цьому контексті методики, які обрані нами для вирішення завдань нашої роботи: Самооцінка емоційних станів (PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойко, відіграють ключову роль. Ці методики дозволяють оцінити різні аспекти емоційного стану, такі як радість, тривога, депресія, стрес, психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга, комфортність та рівень емоційного вигорання. Використання цих методик допоможе, на наш погляд, не лише виявити поточний емоційний стан, але й розробити стратегії для його покращення, що сприяє загальному благополуччю та ефективності професійної діяльності.

4. Первинний аналіз психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу було побудовано на респондентах дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років).

Результати дослідження показують, що лікарі першої ланки в період воєнного часу відчують високий рівень тривоги (59 %), депресії (35 %) та стресу (55 %), що може негативно впливати на їхню професійну діяльність та взаємодію з пацієнтами. Вони також мають середній рівень психічної активації (49 %) та цікавості (55 %), але відчують значну напругу (високий рівень у 45 %) та помірний рівень комфортності (47 %). Загальний рівень емоційного вигорання є середнім (43 %), що свідчить про необхідність підтримки та заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану лікарів.

5. Для подальшої обробки отриманих результатів дослідження було використано програму SPSS-21 за допомогою якого на всіх етапах статистичного аналізу нами зроблено огляд даних, створено таблиці і вираховувалась статистика (за методом кореляції Пірсона). Результати кореляційного аналізу психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу вказують на тісний взаємозв'язок між позитивними емоціями, тривогою, депресією, стресом, тривожністю, напругою та емоційним виснаженням. Основні висновки з аналізу полягають у наступному:

Вплив радості на психоемоційний стан: Радість виявилася пов'язаною зі зниженням тривоги ($r = -0,728$) і рівня емоційного горіння ($r = -0,352$). Це відомо про те, що позитивні емоції можуть служити буфером проти негативних станів, знижуючи їх інтенсивність.

Роль тривоги: тривога має найбільше кореляційних зв'язків із негативними психоемоційними станами. Вона позитивно пов'язана з депресією ($r = 0,452$), стресом ($r = 0,417$), напругою ($r = 0,312$) та загальним рівнем емоційного вигорання ($r = 0,576$). Це підкреслює, що підвищена тривога посилює інші негативні стани, створюючи значний ризик емоційного виснаження.

Кореляція стресу з емоційним стимулюванням: стрес має дуже високу позитивну кореляцію з емоційним вигоранням ($r = 0,834$), що вказує на сильний вплив стресових факторів на процеси виснаження та внутрішньої нервової стійкості. Високий рівень стресу також пов'язаний з тривогою ($r = 0,417$), тривожністю ($r = 0,207$), та виснаженням ($r = 0,539$).

Роль тривожності: тривожність значно підвищує ризик підвищення виснаження ($r = 0,821$), стресу ($r = 0,207$) та емоційного вигорання ($r = 0,634$), що свідчить про сильний вплив цих факторів на нормальну психологічну стабільність лікарів, призводячи до підвищення рівня тривожності.

Загальний рівень емоційного вигорання: найбільша кількість кореляційних зв'язків має загальний рівень емоційного вигорання. Він негативно корелює з радістю ($r = -0,352$), що вказує на те, що позитивні емоції можуть знизити рівень вигорання. Позитивні кореляції з тривогою ($r = 0,576$), стресом ($r = 0,834$), тривожністю ($r = 0,634$) та виснаженням ($r = 0,728$)

підтверджують, що накопичення негативних емоційних станів значно підвищує ризики емоційного вигорання.

Отже, ключовими факторами, які сприяють емоційному вигоранню лікарів, є високий рівень стресу, тривоги, тривожності та виснаження. У той же час позитивні емоції, зокрема радість, можуть мати захисний ефект, знижуючи ризик розвитку емоційного горіння.

6. На основі отриманих даних розроблено комплексну програму корекції психоемоційного стану лікарів першої ланки, спрямовану на підтримку їхнього психоемоційного здоров'я в умовах воєнного часу. Програма охоплює сім ключових напрямків:

1) Моніторинг стану здоров'я – регулярні опитування та індивідуальні консультації можуть виявляти та відстежувати рівень тривоги, стресу й ознаки емоційного вигорання.

2) Зниження стресу – впровадження техніки релаксації, фізичної активності та оптимізації робочого графіка допомагають знизити стрес і підвищити загальний емоційний стан.

3) Зниження тривоги – використання когнітивно-поведінкової терапії, управління тривожними думками та підтримка соціальних зв'язків.

4) Підтримка позитивних емоцій – техніки позитивної психології, залучення до захоплених активностей і тренінги з емоційного інтелекту.

5) Підтримка мотивації – участь у програмах професійного розвитку, інноваційних проектах і програмах наставництва, що забезпечує інтерес і професійну задоволеність.

6) Запобігання вигоранню – навчання розпізнаванню симптомів вигорання, підтримка балансу роботи й особистого життя, доступ до психологічної підтримки.

7) Створення підтримуючого регулювання середовища – підтримка з боку керівництва, командна робота, належні ресурси й сесії зі стрес-менеджменту.

Комплексний підхід до підтримки психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки включає регулярний моніторинг стану, впровадження технік зниження стресу та тривоги, підтримку позитивних емоцій та цікавості, а також запобігання емоційному вигоранню. Важливо створити підтримуюче робоче середовище та забезпечити доступ до необхідних ресурсів і психологічної підтримки. Загалом програма покликана зміцнити стійкість лікарів до екстремальних умов, запобігти професійному вигоранню та підвищити ефективність роботи в умовах підвищеного навантаження.